

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

91

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présente et soutenue le jeudi 23 janvier 1908 à 1 heure.

Par **Maurice LELEU**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTABLISSEMENT TARDIF

DE LA

SÉCRÉTION LACTÉE

Président : M. PAUL BAR, professeur.

Juges : MM. MAYGRIER, BRINDEAU et JEANNIN, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

THÈSE**POUR****LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 janvier 1908 à 1 heure.

Par Maurice LELEU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉTABLISSEMENT TARDIF

DE LA

SÉCRÉTION LACTÉE

Président : M. PAUL BAR, professeur.

Juges : MM. MAYGRIER, BRINDEAU et JEANNIN, agrégés.



PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY	
Professeurs		MM.	
Anatomie.		NICOLAS.	
Physiologie		Ch. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale	}	DEJERINE.	
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		PIERRE MARIE.	
Opérations et appareils		PRENANT.	
Pharmacologie et matière médicale.		QUENU.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		GILBERT	
Médecine légale.		CHANTERMESSE	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.	
Pathologie expérimentale et comparée.		G. BALLET	
Clinique médicale.	}	ROGER.	
Maladies des enfants		HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE.	
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY.	
Clinique chirurgicale.	}	HUTINEL.	
Clinique ophtalmologique.		JOFFROY.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		GAUCHER.	
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.	
Clinique gynécologique		LE DENTU.	
Clinique chirurgicale infantile		BERGER.	
Clinique thérapeutique		RECLUS.	
Agrégés en exercice.		SEGOND.	
MM.		De LAPERSONNE	
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ONCLE

ET

A MES TANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En hommage très respectueux.

Au cours de nos études médicales nous avons contracté de nombreuses dettes de reconnaissance envers nos maîtres dans les hôpitaux : qu'ils reçoivent ici l'expression de notre vive gratitude.

Que M. le D^r J. ARROU, chirurgien de la Pitié, nous permette de le remercier tout spécialement de la grande bonté qu'il a bien voulu nous témoigner ; qu'il soit assuré de notre affectueux respect et de notre très sincère reconnaissance pour ses bonnes leçons et ses soins dévoués.

La gastro-entérite est la grande cause de mort des nouveau-nés et nul doute ne peut subsister à cet égard depuis les travaux de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. Ces auteurs arrivent en effet à cette constatation souvent citée à cause de son éloquence que, sur 1.000 morts de 0 à 1 an, 385 sont dues à la gastro-entérite.

Le tube digestif de l'enfant est, en effet, particulièrement fragile et de lui dépend presque uniquement l'état de santé du nouveau-né. On a pu dire que pendant la première année, l'enfant n'est qu'un tube digestif ; on doit donc pour le conserver en bonne santé lui assurer la nourriture qui lui convient.

L'enfant pour vivre a besoin du sein de sa mère ; seul, le lait maternel lui convient pendant les premiers temps de sa vie, c'est là une opinion qui n'est pas nouvelle et qu'il semble oiseux de répéter. De tout temps, on a engagé les mères à nourrir elles-mêmes leurs enfants et nous ne devons pas renoncer à continuer cette campagne car « nous ne connaissons pas actuellement le moyen d'élever les enfants artificiellement sans leur faire courir de grands dangers, tout au moins dans les premiers mois. » (Budin.)

Cette opinion a été sanctionnée par un vote de l'Académie de médecine qui rédigea, en 1904, une instruction sommaire sur l'hygiène dans l'alimentation des enfants du premier âge, dont voici les trois premiers paragraphes :

1° L'allaitement maternel est le seul mode d'alimentation naturelle. Aucun autre mode d'alimentation ne peut lui être comparé.

2° Toute mère a le devoir d'allaiter son enfant ; le lait de la mère est la propriété de l'enfant.

3° L'enfant séparé de sa mère court les plus grands dangers. Il doit donc, autant que possible, être soigné par elle.

Malheureusement cette opinion n'est pas admise de tous et plus d'une femme croit au contraire qu'il est possible, même relativement facile d'élever, un enfant au biberon dès sa naissance.

Cette croyance, enracinée dans certains milieux, surtout depuis les progrès de la stérilisation, de la pasteurisation et des Gouttes de lait est d'autant mieux acceptée que souvent la mère y trouve son compte.

Pour peu que la montée laiteuse tarde un peu ou soit peu abondante elle déclare qu'elle n'a pas de lait et se croyant en sécurité avec le biberon, elle y met d'emblée son enfant, ne croyant pas mal faire. Souvent elle est détournée d'allaiter son enfant par l'entourage (mère, mari, garde) qui lui persuade qu'elle ne pourrait supporter les fatigues de l'allaitement. Enfin, dans nombre de ménages, la femme aide le mari à gagner l'argent de la communauté et dès qu'elle devient enceinte, il

est entendu que l'enfant sera mis au biberon ou envoyé en nourrice.

Les résultats de cette conduite ne tardent pas à se montrer. Comme l'enfant est nourri en général sans règles et que lorsqu'il y a une direction quelconque à son alimentation elle n'est donnée que par des gens totalement incompétents (père, grand'mère, voisines) ou même basée sur les indications générales qu'on peut puiser dans les *Conseils aux jeunes mères* publiés un peu partout, et qui restent forcément vagues, l'enfant est en général suralimenté et bientôt apparaissent des vomissements, de la diarrhée, l'enfant maigrit, sa soif est incessante, on augmente la quantité du liquide, on varie les coupages et en peu de temps, surtout si l'été arrive, la gastro-entérite s'installe et la vie de l'enfant est gravement compromise.

On pense alors à appeler le médecin qui se trouve en bien fâcheuse situation ; l'estomac et l'intestin ne fonctionnent plus normalement : ils sont dilatés, leurs sécrétions sont devenues anormales, des fermentations multiples s'y produisent, l'infection de l'intestin est considérable ; s'il arrive à arrêter les accidents par des moyens appropriés : diète hydrique, bouillon de légumes, etc. trop souvent la reprise de l'allaitement artificiel, même réglé convenablement est le signal de nouveaux accidents. Certains enfants, gravement touchés par la gastro-entérite ne peuvent en effet supporter le lait et les vomissements et la diarrhée recommencent à la plus petite dose de ce liquide, même fortement dilué.

C'est après nous être trouvé plusieurs fois dans de

pareilles circonstances au cours des remplacements médicaux que nous avons pu faire, que nous avons eu l'idée de chercher à établir tardivement ce qui aurait dû être installé dès la naissance : l'allaitement maternel.

Nous l'avons tenté deux fois alors que l'enfant avait moins de deux mois, et deux fois un plein succès est venu couronner nos espérances.

Nous avons cru intéressant de rechercher s'il existait d'autres cas rapportés d'établissement tardif de la sécrétion lactée, et s'il existait des observations pouvant appuyer les affirmations un peu gratuites que nous avions données à nos clientes, lorsque nous les assurions que rien n'était plus facile que de faire monter le lait chez une femme qui n'avait jamais nourri, trois semaines et deux mois après son accouchement.

Ce sont les résultats de nos recherches que nous consignons ici.

Observation I.

Lagneau (1) raconte l'histoire d'une femme de 29 ans qui accoucha le 13 août 1814 de son quatrième enfant. Elle le confia à une nourrice en province. La montée laiteuse s'effectua chez elle d'une façon normale ; comme elle n'allaitait pas, le lait disparut complètement de ses seins. Au bout d'un mois, il était impossible d'en faire sourdre une goutte. A ce moment, elle apprit que son enfant était tombé malade ; très inquiète, elle

1. LAGNEAU, *Journal de méd. chir. et pharm.*, XXXI, Paris 1814.

demanda à Lagneau si elle ne pourrait pas le reprendre chez elle pour le nourrir. Celui-ci ne connaissait pas d'exemple de reprise de l'allaitement et il craignait, d'autre part, que le rétablissement de la sécrétion lactée n'exerçât une mauvaise influence sur l'écoulement lochial que présentait la mère. Il se rappelait cependant les cas de sécrétion lactée provoquée chez de vieilles femmes, des vierges et même des hommes. Cédant aux instances de la malheureuse mère, il l'autorisa à essayer l'allaitement. Elle se fit d'abord téter par une amie qui fit venir un peu de liquide acide et limpide, puis sanguinolent. Elle livra ensuite ses mamelles à un petit chien. Le lait revint le cinquième jour et, au bout de huit jours, l'enfant fut mis au sein et allaité avec un plein succès.

Observation II.

(présentée par M. le Dr BUDIN au Congrès International de médecine, août 1900.)

Ils'agit d'une femme C..., primipare, qui accoucha chez une sage-femme agréée, le 3 avril 1900. Comme l'enfant était débile (2.250 grammes) et ne pouvait prendre le sein, la sage-femme conseilla à la mère de le confier à une nourrice au sein. On en fit venir une du bureau, qui emporta l'enfant. Quelque temps après, la mère inquiète écrivit au maire du pays pour savoir si la nourrice qu'elle avait choisie donnait bien le sein. Il lui fut répondu que cette femme était accouchée depuis un an et qu'elle n'avait été autorisée qu'à prendre un enfant au biberon. La mère très effrayée partit immédiatement et elle trouva son bébé pâle, faible, avec des garde-robes verdâtres. Elle le prit, revint avec lui à Paris et nous l'amena à la consultation des nourrissons le

7 mai, c'est-à-dire trente-quatre jours exactement après sa naissance. Cet enfant, à cinq semaines, ne pesait que 2.250 grammes.

Nous le prenons dans le service avec sa mère. Les seins de cette dernière étaient assez volumineux, souples et mous ; mais elle n'avait jamais allaité et comme elle était accouchée depuis

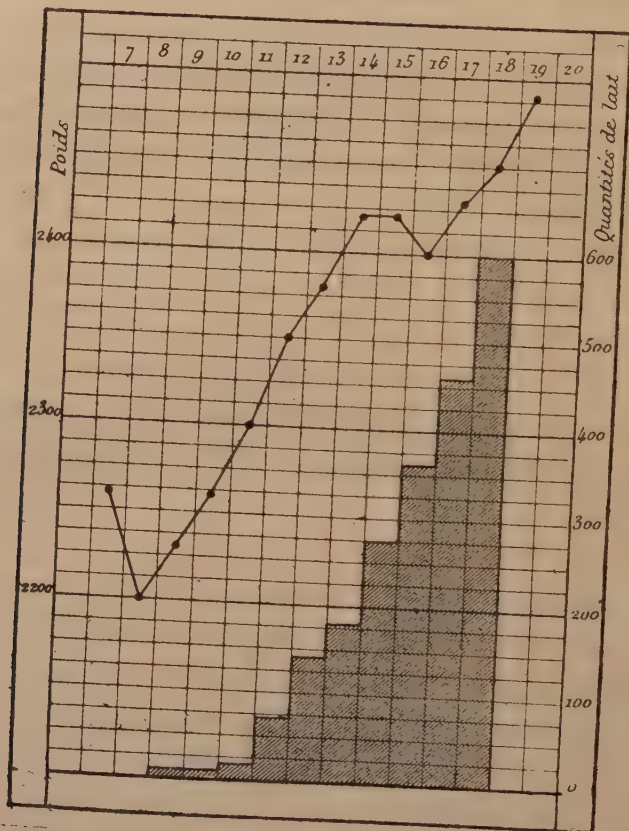


FIG. 1.

trente-quatre jours, à la pression, on ne pouvait absolument rien faire sortir de ses seins.

On mit l'enfant au sein d'une nourrice ; il se rétablit peu à

peu et sa courbe devint bientôt très belle. A sa sortie, le 19 mai, il pesait 2.480 grammes.

En même temps, nous essayâmes de faire revenir le lait dans les seins de sa mère.

Pour cela, on la fit téter par un gros enfant.

Le 7 et le 8 mai, il ne put rien faire sortir; mis sur le plateau de la balance avant et après la tétée, il n'avait pas augmenté de poids.

Le 9 et le 10 mai, il prit 5 grammes.

Le 11 mai, il prit 35 grammes.

Le 12 mai, il prit 70 grammes.

Le 13, la mère donna le sein au gros enfant et commença à faire téter le sien, elle fournit ce jour-là 145 grammes.

Le 14, elle fournit 185 grammes.

Le 15, elle fournit 275 grammes.

Le 16, elle fournit 360 grammes.

Le 17, elle fournit 460 grammes.

Le 18, elle fournit 595 grammes.

Donc en neuf jours, chez cette femme qui n'avait pas une goutte de lait dans les seins, on était parvenu à faire monter le lait en grande quantité.

Elle partit le 19 mai, nourrissant seule son enfant; elle nous le ramena plusieurs fois à la consultation des nourrissons et, le 15 juin 1900, il pesait 3.110 grammes et se portait aussi bien que possible.

Observation III

(Présentée par M. le Dr PERRET à la Société d'obstétrique de Paris, le 20 décembre 1900.)

M^{lle} G..., âgée de 22 ans, primipare, a eu ses dernières règles du 5 au 10 mars 1900.

Rien de particulier à noter pendant la grossesse.

Le 28 octobre, enceinte par conséquent de sept mois et demi, elle perd les eaux sans cause apparente et, le 31 octobre, elle accouche prématurément d'un enfant du sexe féminin pesant 2040 grammes.

La mère, ne pouvant chez elle lui donner les soins nécessités par son état débile, le mit dans un établissement de couveuses où il resta jusqu'au 14 novembre. A cette époque, il pesait 2.060 grammes. La mère le reprit chez elle, et, comme elle n'avait pas de lait elle lui fit boire au verre du lait stérilisé coupé d'eau bouillie ; il en prenait environ 10 grammes par tétée et malgré cette petite quantité, il fut atteint dès le lendemain de vomissements et de diarrhée. Il dépérit rapidement et un médecin fut consulté. Il conseilla de mettre l'enfant dans une couveuse et de lui donner le sein d'une nourrice.

A la rigueur, la mère eût pu tenir son enfant au chaud ; mais n'ayant pas de lait, elle ne pouvait le mettre au sein. Aussi, continua-t-il à dépérir et après l'avoir gardé pendant cinq jours sur les conseils d'un second médecin, la mère nous l'apporta à la clinique Tarnier où il fut admis le 19 novembre.

A son entrée, il pesait 1.870 grammes. Il avait une diarrhée profuse, des garde-robes fétides. La température rectale était

de 37°2. On le mit en couveuse et toutes les deux heures au sein d'une nourrice. Il y prit 15 à 30 grammes par tétée.

20 novembre. — Il boit en tout 225 grammes au sein, la diarrhée est moins abondante.

21 novembre. — La température rectale est de 37°8 ; il y a encore de la diarrhée. Aussi M. Budin fait-il diminuer la quantité de lait : on ne lui donne que 15 à 20 grammes par tétée, soit un total de 185 grammes dans la journée. Son poids a baissé de 45 grammes.

22 novembre. — La température rectale est de 38°8, mais les garde-robes sont moins fétides et moins fréquentes ; l'enfant digère mieux : il augmente de 10 grammes. Le soir, la température est de 39°9, bain tiède.

23 novembre. — La température rectale est de 36°4, la diarrhée disparaît, l'enfant augmente de 10 grammes, il prend de 20 à 30 grammes de lait par tétée. A partir de ce moment, la diarrhée ayant totalement disparu, l'enfant assimile bien, son tube digestif est en bon état et son poids augmente régulièrement.

Le 15 décembre. — Il pèse 2.500 grammes, on le sort de la couveuse, il continue à s'accroître et le 20 décembre, il pèse 2.600 grammes.

L'enfant est sauvé, mais nous avons voulu faire mieux et nous avons pensé que notre tâche ne serait complètement achevée que si nous pouvions lui donner une mère ayant dans ses seins du lait pour le nourrir.

Lorsque cette femme est entrée à la clinique Tarnier, elle était accouchée depuis trois semaines. Les seins étaient flasques et ne contenaient pas de lait. Cependant à la pression, on parvenait à en faire sourdre quelques gouttelettes. Immédiatement, on

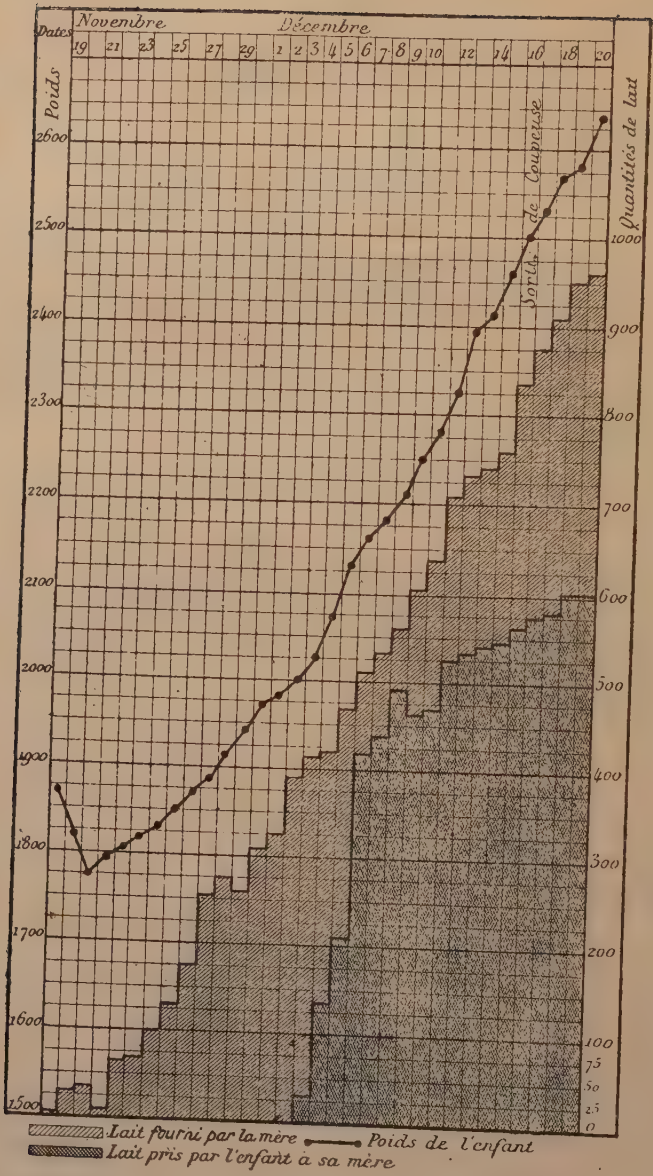


FIG. 2

la fit téter régulièrement toutes les deux heures par un gros enfant.

Le premier jour, on ne put obtenir vers la fin de la journée que 5 grammes de lait.

Le lendemain, elle en donna 30 grammes.

Le 21 novembre, elle donnait 35 grammes, mais il survint une crevasse au sein droit. La mère hésitait à se laisser téter et pendant la journée du 22 novembre, elle ne fournit que 10 grammes de lait. On soigna son sein, on lui donna une téterelle et le 23 novembre, elle donna 65 grammes de lait.

Le 24 novembre, elle donne 70 grammes.

Le 25 novembre, elle donne 100 grammes.

Le 26 novembre, elle donne 130 grammes.

Le 27 novembre, elle donne 175 grammes.

Le 28 novembre, elle donne 255 grammes.

Le 29 novembre, elle donne 275 grammes.

Le 30 novembre, elle donne 260 grammes.

Le 1^{er} décembre, elle donne 310 grammes.

Le 2 décembre, elle donne 325 grammes.

Le 3 décembre, elle donne 390 grammes.

A partir de ce jour, on lui mit son propre enfant au sein et lorsque ce dernier avait pris une certaine quantité de lait, on faisait téter ensuite le gros enfant.

De la sorte, la mère donna :

Le 4 décembre, 485 grammes de lait dont 30 à son enfant.

Le 5 décembre, 420 grammes de lait dont 135 à son enfant.

Le 6 décembre, 470 grammes de lait dont 210 à son enfant.

Le 7 décembre, 510 grammes de lait dont 420 à son enfant.

La mère nourrit alors seule son enfant, mais elle continua néanmoins à donner le sein à un autre enfant et fournit :

Le 8 décembre, 530 grammes de lait dont 440 à son enfant.
Le 9 décembre, 560 grammes de lait dont 490 à son enfant.
Le 10 décembre, 605 grammes de lait dont 465 à son enfant.
Le 11 décembre, 635 grammes de lait dont 470 à son enfant.
Le 12 décembre, 710 grammes de lait dont 525 à son enfant.
Le 13 décembre, 730 grammes de lait dont 535 à son enfant.
Le 14 décembre 740 grammes de lait dont 540 à son enfant.
Le 15 décembre, 760 grammes de lait dont 545 à son enfant.
Le 16 décembre, 835 grammes de lait dont 565 à son enfant.
Le 17 décembre, 875 grammes de lait dont 575 à son enfant.
Le 18 décembre, 910 grammes de lait dont 580 à son enfant.
Le 19 décembre, 950 grammes de lait dont 605 à son enfant.
Et le 20 décembre, la mère a donné 960 grammes de lait dont 605 grammes à son enfant ; si bien que cette femme qui, pendant trois semaines, n'a pas eu une goutte de lait, est arrivée non seulement à nourrir son propre enfant, mais encore à nous aider à en élever d'autres.

On peut suivre sur la figure ci-jointe la progression constante de la production du lait chez la mère et l'augmentation du poids chez l'enfant.

Observation IV

(M. HUBERT-LEGRAND, *in* thèse QUINSAC.)

Rachel R..., née le 25 juin 1902, est amenée à la consultation des nourrissons, le 10 juillet. Elle est à l'allaitement artificiel, la mère n'ayant pas voulu, malgré les objurgations de la sage-femme, la mettre au sein comme elle l'a fait pour ses deux premiers enfants. Elle pèse 3.585 grammes.

Le 17 juillet, elle pèse 3.750 grammes.

Le 24 juillet, elle pèse 3.610 grammes.

En face de cette diminution, j'engage fortement la mère, qui a encore un peu de lait dans ses seins, à tâcher d'y mettre l'enfant, en lui faisant entendre en outre que le mauvais état observé chez sa petite fille ne pourra que s'exagérer par cette saison chaude.

La mère se décide à m'écouter et va donner le sein toutes les deux heures en complétant chaque tétée par du lait bouilli.

Le 31 juillet, l'enfant pèse 3.500 grammes.

Mais le lait de la mère revient peu à peu.

Le 7 août, le poids est de 3.675 grammes; la mère a beaucoup de lait: on supprime complètement le lait de vache.

Le 14 août, l'enfant qui est uniquement à l'allaitement maternel, pèse 4.100 grammes, l'augmentation est trop considérable; il faut diminuer la longueur des tétées.

Le 31 août, l'enfant pèse 4.365 grammes; on diminue encore la longueur des tétées.

En somme, il s'agit d'un cas de retour de la sécrétion lactée et avec un succès tel que l'enfant était menacé de suralimentation par le lait de sa mère.

Observation V

(Polyclinique H. DE ROTHSCHILD, in thèse QUINSAC.)

La femme Au... accouche le 30 janvier 1903 au huitième mois de sa grossesse, d'un enfant du sexe masculin.

Elle le nourrit d'abord chez elle avec du lait sucré. Mais comme il présente de la diarrhée et de l'amaigrissement, elle

l'apporte à la polyclinique le 12 février 1903, treize jours après la naissance.

L'enfant, dans un état de dénutrition extrême, est refroidi ; la température centrale ne s'élève pas au-dessus de 35° ; il y a en outre du muguet. Son poids est de 1.840 grammes.

On institue l'allaitement artificiel ; on donne à l'enfant un biberon de 40 grammes de lait de vache stérilisé, toutes les deux heures et en même temps on recommande à la mère de le mettre régulièrement au sein.

L'enfant prend difficilement le sein ; le premier jour, il ne prend que 8 grammes de lait au sein de sa mère.

Le 13 février, il prend 10 grammes.

Le 14 février, il prend 10 grammes.

Le 15 février, il prend 10 grammes.

Le 16 février, il prend 15 grammes.

Le 17 février, il prend 20 grammes.

Le 18 février, il prend 30 grammes

Le 19 février, il prend 40 grammes.

Le 20 février, il prend 60 grammes.

Le 21 février, il prend 90 grammes.

Le 22 février, il prend 75 grammes.

Le 23 février, il prend 60 grammes.

Le 24 février, il prend 70 grammes.

Le 25 février, il prend 75 grammes.

Le 26 février, il prend 70 grammes.

Le 27 février, il prend 170 grammes.

Le 28 février, il prend 200 grammes.

A partir de ce jour on supprime le lait de vache et on ne donne que le sein à l'enfant.

Le 1^{er} mars, il prend 260 grammes.

Le 2 mars, il prend 235 grammes.

Le 3 mars, il prend 270 grammes.

Le 4 mars, il prend 230 grammes.

Le 5 mars, il prend 280 grammes.

Le 6 mars, il prend 290 grammes.

Le 7 mars, il prend 300 grammes.

Le 8 mars, il prend 320 grammes.

.

Le 20 mars, il prend 420 grammes.

Après une légère chute de poids pendant les trois premiers jours de son séjour à l'hôpital, l'enfant n'a cessé ensuite d'augmenter de poids ; le 12 avril, il pesait 3,660 grammes ayant augmenté de 28 grammes environ par jour.

Le lait est revenu lentement dans les seins de la mère, mais nous ferons remarquer que l'enfant était un débile et qu'il prenait mal le sein ; le retour de la sécrétion aurait été certainement plus rapide avec un enfant vigoureux.

Observation VI

(Personnelle.)

Le 2 juillet 1906, je fus appelé par M^{me} E..., primipare de 26 ans, accouchée depuis le 12 juin. Son enfant, mis au lait pasteurisé, dès sa naissance, sur les conseils de la sage-femme, vomissait tout ce qu'il prenait : ses selles étaient extrêmement fréquentes, liquides et vertes.

Je mis immédiatement l'enfant à l'eau pendant vingt-quatre heures, puis je lui fis prendre le surlendemain des tétées de 50 grammes d'un mélange de $\frac{2}{3}$ de lait stérilisé et de $\frac{1}{3}$ d'eau

bouillie. Aussitôt le premier biberon absorbé, les vomissements recommencèrent. Le 5 juillet, je trouve l'enfant très abattu, n'ayant absolument rien gardé du lait qu'il avait absorbé la veille.

J'expliquai alors aux parents qu'une nourrice au sein était nécessaire si on voulait élever cet enfant. Ils n'en voulurent point entendre parler pour des motifs divers : le père protestait disant qu'une nourrice était une véritable calamité et me citait le cas d'un ménage ami désorganisé par la présence d'une nourrice ; la mère déclara qu'elle ne consentirait jamais à laisser prendre à son enfant le lait d'une autre femme et que puisqu'elle n'avait pas de lait, il fallait continuer l'allaitement au lait pasteurisé qui réussissait généralement bien.

Je réfutai cette opinion optimiste et fis voir les dangers considérables que faisait courir à cet enfant l'allaitement artificiel, surtout à cette époque de l'année, et la nécessité absolue de lui donner du lait de femme.

J'ajoutai qu'après tout il serait possible de tout concilier en cherchant à faire monter le lait dans les seins de la mère, ce qui serait relativement facile avec de la bonne volonté et un peu de patience.

J'examinai les seins, le mamelon souple et saillant laissait sourdre à la pression quelques gouttes de liquide opalescent, la glande était assez volumineuse.

Après avoir bien réveillé l'enfant, je mis dans sa bouche le mamelon que j'avais fait fortement saillir, il téta assez vigoureusement pendant quelques minutes. J'engageai la mère à faire ainsi aux heures régulières des tétées, à peser la quantité de lait que l'enfant pourrait prendre dans les seins, et compléter les tétées d'abord à l'eau bouillie sucrée, puis au bout de

trois jours avec du lait stérilisé coupé au tiers d'eau bouillie.

La mère très docile se prêta à tout cela et voici le tableau qu'elle me remit.

DATE	Poids de l'enfant	Différence	Quantité de lait maternel
6 juillet	3.700 gr.	»	60 gr. + eau bouillie
7 —	3.590 »	— 110 gr.	70 gr. + id.
8 —	3.495 »	— 95 »	120 gr. + 280 lait au 1/3.
9 —	3.465 »	— 30 »	150 gr. + 250 id.
10 —	3.445 »	— 20 »	200 gr. + 250 id.
11 —	3.460 »	+ 15 »	240 gr. + 200 id.
12 —	3.470 »	+ 10 »	280 gr. + 200 id.
13 —	3.495 »	+ 25 »	360 gr. + 140 id.
15 —	3.560 »	+ 65 »	400 gr. + 100 id.
17 —	3.590 »	+ 30 »	430 gr. + 100 id.
24 —	3.720 »	+ 130 »	Sein seul.
31 —	3.850 »	»	»

Les augmentations continuèrent régulières et la courbe de cet enfant est des plus belles, attestant ainsi les qualités de nourrice excellente que fut sa mère.

Observation VII

(Personnelle.)

M^{me} G..., primipare âgée de 24 ans, accoucha le 22 octobre 1906 à terme d'un garçon qui, au dire de la sage-femme, pesait au moins 7 livres. Cet enfant fut mis au lait stérilisé dès sa naissance, sur la volonté formelle du père, qui prétendait que le père de sa femme étant mort tuberculeux (à 65 ans), sa femme n'était pas de taille à supporter les fatigues de l'allaitement. M. G... dirigea lui-même cet allaitement artificiel, guidé uniquement par un petit livre qu'il avait acheté 25 centi-

mes chez un libraire. L'enfant toléra d'abord assez bien cette nourriture, puis vers la fin du premier mois les selles devinrent vertes, les régurgitations plus fréquentes et l'enfant maigrit ; cet état se prolongea malgré les conseils de la sage-femme qui fit faire différents coupages de ce lait sans grands résultats.

Le 13 décembre 1906, on m'apporta l'enfant à ma consultation, alors que je remplaçais mon ami le Dr B...

Après m'avoir raconté ce que j'ai relaté, on me montra l'enfant : c'était un petit être très amaigri, les fontanelles déprimées, la peau sèche collée aux os. Cette maigreur considérable faisait contraste avec l'ampleur de son abdomen étalé sur les côtés avec une éventration manifeste, le véritable ventre de grenouille, ses cris étaient continuels ; en somme, l'aspect général d'un athrèpsique.

La température rectale était de $36^{\circ} 2$; mis sur la balance absolument nu, l'enfant pesait 3.625 grammes. Je conseille de ne lui donner que de l'eau bouillie pendant vingt-quatre heures ; puis, de lui donner les jours suivants, 8 tétées de 45 grammes d'un mélange de deux tiers de lait stérilisé et d'un tiers d'eau bouillie légèrement sucrée ; enfin de me le ramener dans trois jours au plus tard.

Le 17 décembre, l'état est sensiblement le même, l'enfant vomit toujours et a des selles liquides et verdâtres : il a diminué de 130 grammes. Devant cette intolérance presque absolue pour le lait stérilisé, je supprime complètement son emploi et je mets l'enfant au bouillon de légumes (formule de M. Méry) à la dose de 60 grammes par tétée.

Celui-ci est à peu près toléré et les vomissements s'espacent. L'enfant maigrit cependant de 165 grammes en quatre jours, puisque le 20 il ne pèse plus que 3.330 grammes. Il a maigri de

295 grammes depuis le 13 décembre où je le vis pour la première fois. L'aspect de cet enfant reste le même, cependant malgré son amaigrissement il crie bien et se précipite dès qu'on lui donne quoi que ce soit à sucer.

Je fais voir aux parents la gravité de son état et avant de tenter un nouvel essai d'allaitement au lait stérilisé, je demande s'il ne serait pas possible de procurer à cet enfant une nourrice au sein. Ils m'expliquent que leur situation ne leur permet pas cette dépense. Me souvenant de ma première expérience, je demande alors à la mère qu'elle essaie de faire monter son lait et de mettre son enfant au sein avant de lui donner le biberon. Sa voracité qui le fait se sucer continuellement les poings pourra peut-être provoquer la montée laiteuse. Le mari proteste disant que sa femme a été ou est tuberculeuse et déclare qu'il s'y oppose, qu'au reste cela ne servirait à rien, car il est, dit-il, absolument impossible de faire venir le lait dans les seins d'une femme qui n'a jamais nourri.

J'allais m'incliner devant une opposition aussi formelle, lorsque la mère, pleurant de voir ce que j'avais déclaré la seule chance de vie de son enfant ainsi compromise, me demanda de l'examiner et de lui dire: 1° s'il lui serait possible d'allaiter son enfant; 2° si son état de santé le lui permettrait.

Le mari ne fit plus d'objection et j'examinai cette femme. L'examen très minutieux que j'en fis me permit d'affirmer d'une façon formelle au mari que sa femme n'était nullement tuberculeuse, qu'elle n'avait pas de maladie de cœur et que je ne voyais chez elle aucune contre-indication à l'allaitement.

Les seins étaient assez volumineux, très riches en glandes, le mamelon assez bien formé et saillant laissait sourdre à la pression quelques gouttelettes comme on en fait sourdre pendant

la grossesse. Je décorai du nom de lait ce liquide et mis l'enfant au sein. Il se mit à téter comme il suçait ses poings, d'une façon violente et douloureuse pour la mère, et sans plus de résultat, car bientôt d'ailleurs il quittait le sein. Je dis alors à la mère de donner le sein régulièrement avant chaque tétée (45 grammes de lait coupé au tiers).

Quatre jours après, le 24 décembre, l'enfant, qui avait alors exactement deux mois, m'était ramené. Il avait continué de vomir, ses selles étaient jaunes, mais liquides et fréquentes. Il avait augmenté de 100 grammes. Il prenait très volontiers le sein et la mère m'assurait qu'il y trouvait beaucoup de lait. Je me rendis compte, en pesant l'enfant avant et après la tétée, qu'il avait pu tirer 25 grammes de lait des deux seins de sa mère.

Devant ce résultat, je conseillai de le laisser plus longtemps au sein et de ne donner que 25 grammes de lait coupé à chaque tétée : ce que l'on fit.

Le 29 décembre, on me le ramena. Il ne vomissait plus et était constipé ; il avait diminué de 140 grammes ; une tétée pesée donnait 35 grammes de lait dans les deux seins. Malgré la diminution de poids, je n'augmentai pas la quantité de lait pour augmenter la tétée.

Le 3 janvier, l'enfant pesait 3.460 grammes, il avait donc augmenté de 37 grammes en moyenne par jour. Il était beaucoup plus calme, sa peau était souple et rose, il n'avait plus les traits tirés et son ventre commençait à être moins volumineux. Je supprimai alors tout à fait le lait complémentaire. L'enfant continua à se bien porter, je le vis pour la dernière fois à la consultation du 19 janvier. Il pesait alors 4.005 grammes et avait augmenté de plus d'une livre en quinze jours (34 grammes par jour en moyenne), en ne prenant qu'un sein à chaque tétée.

•

Depuis cette époque, le Dr B... a continué à le voir, à le surveiller et a bien voulu me tenir au courant de ses progrès ; sa croissance est régulière ainsi que le prouvent les quelques chiffres suivants :

DATE	Poids	Augmentation en bloc	Augmentation par jour
4 février	4.470 gr.	+ 465 gr.	+ 31 gr.
18 —	4.895 »	+ 425 »	+ 30 »
4 mars	5.170 »	+ 275 »	+ 19,6 »
21 —	5.480 »	+ 310 »	+ 22,8 »
8 avril	5.720 »	+ 240 »	+ 13,3 »
17 —	5.870 »	+ 150 »	+ 16,6 »
23 mai	6.470 »	+ 600 »	+ 17,6 »

Depuis le 3 janvier cet enfant est exclusivement nourri au sein de sa mère. En quinze jours, il avait réussi à faire de sa mère une nourrice suffisante, quoique dans ce cas il n'eût été mis pour la première fois au sein que cinquante-huit jours environ après sa naissance.

Voici donc rapportées sept observations assez semblables entre elles.

Pour des causes diverses, les enfants ont été mis d'emblée à l'allaitement artificiel, qui, dans les sept observations fut mal supporté assez rapidement.

Devant les accidents, on met l'enfant au sein et en huit jours au plus tôt, dix-huit jours au plus tard, la sécrétion lactée de la mère est assez abondante pour suffire aux besoins de l'enfant.

Dans quatre cas au moins sur sept, il s'agissait de primipares (seule, l'observation V ne note pas la primiparité ou la multiparité de la mère). Lorsqu'on mit pour la première fois l'enfant au sein, l'accouchement datait de 13 jours (observation V), de 20 jours (observation III), de 24 jours (observation VI), de 30 jours (observations I et IV), de 34 jours (observation II) et de 58 jours (observation VII).

Malgré ces conditions défavorables, la sécrétion mammaire s'est établie sans difficultés notables, et le seul moyen employé dans les sept cas fut la succion répétée des seins, soit par le propre enfant de ces femmes, soit quand celui-ci en était incapable, par d'autres enfants.

Cette facilité ne doit pas nous étonner si nous exa-

minons dans quelles conditions la sécrétion lactée a pu être établie dans des cas encore plus anormaux.

De nombreux exemples pourraient en être cités.

Chez les animaux, les femelles même non fécondées peuvent avoir du lait dans les mamelles, si on leur fait subir des excitations répétées.

Nous avons vu chez un de nos parents une chienne qui n'avait jamais été couverte avoir du lait en abondance après qu'un jeune chat, son compagnon de jeux et de sommeil, l'eut tétée pendant quelques jours.

Bourier, dans sa thèse, rapporte le cas analogue d'une chienne qui, dans des conditions identiques, eut assez de lait pour nourrir deux petits chiens dont la mère était morte peu de temps après la mise bas.

Henri Noël cite le cas d'une guenon intacte sexuellement, qui est arrivée par les tractions et les suctions qu'elle exerçait elle-même sur ses mamelles, à faire sécréter abondamment celles-ci.

Des femmes non enceintes, même très âgées, des jeunes filles même ont pu par la succion avoir assez de lait pour nourrir les enfants qui leur avaient été confiés.

Chaussier rapporte qu'une jeune fille, fatiguée des cris de l'enfant qu'elle gardait, avait imaginé de l'apaiser en lui donnant le sein, elle eut bientôt assez de lait pour le nourrir.

Budelocque a observé un cas analogue chez une fillette de 8 ans.

Audebert et *Vaddy* de Dublin rapportent les deux observations de deux femmes de 62 et 70 ans qui ont pu elles aussi allaiter des petits enfants.

Toujours dans ces cas la sécrétion lactée est déterminée par la succion répétée.

Enfin on a rapporté les faits d'hommes ayant allaité des enfants. (*Hall* de Maryland et *Humboldt* entre autres.)

Ce mécanisme de la sécrétion lactée provoquée par la succion est connu depuis longtemps et l'usage remonte bien loin qui veut que les jeunes accouchées fassent monter leur lait en se faisant téter soit par d'autres enfants, soit par leurs amis, leurs maris ou par de jeunes animaux.

C'est encore le même moyen qui a été employé empiriquement par les femmes et préconisé par les médecins pour faire reparaître le lait dans les seins de femmes qui avaient sevré leur enfant depuis plus ou moins longtemps.

Quinsac, dans sa thèse, rapporte de nombreuses observations à cet égard dans lesquelles, toujours en employant la seule succion, le lait est remonté en quinze jours, même après un sevrage prolongé jusqu'à cinq mois dans l'un des cas, et même après des maladies ayant compromis gravement la santé de la mère.

Enfin, ce même moyen de la succion des mamelons est employé par les mères qui veulent conserver le lait dans leurs seins après leur accouchement, lorsque leur enfant est trop faible pour les téter elles-mêmes.

Le professeur Budin aimait à rapporter ce cas d'une femme dont l'enfant était au service des Débiles de la maternité, qui payait trois francs par jour pour se faire téter par l'enfant d'une voisine, afin de conserver suf-

fisamment de lait dans ses seins pour le moment où son enfant sortirait de l'hôpital.

L'anatomie et la physiologie des mamelles nous expliquent suffisamment ce phénomène.

La glande mammaire est une glande en grappe, composée d'un certain nombre de glandes distinctes ou lobes, qui se subdivisent eux-mêmes en lobules, pour aboutir à des culs-de-sac sécréteurs : les acini.

Ceux-ci sont formés par de petites masses sphériques ou piriformes qui présentent :

1° Une membrane anhiste ;

2° Des cellules en panier situées entre la membrane et l'épithélium sécréteur qui, pour Testut, serviraient à favoriser l'expulsion des produits de sécrétion.

3° Un épithélium excréteur constitué par une seule rangée de cellules.

Des acini le lait est transporté par les canaux intra-lobulaires, puis interlobulaires, enfin par les canaux galactophores jusqu'au mamelon.

Les artères qui viennent de la mammaire interne, de la mammaire externe et des artères intercostales aortiques donnent des rameaux glandulaires qui, se subdivisant, viennent entourer les acini d'un réseau très serré de capillaires.

Les nerfs sont fournis par les 2°, 3°, 4°, 5° et 6° intercostaux, la branche sus-claviculaire du plexus cervical et les branches thoraciques du plexus brachial. Ils vont se terminer dans la peau (nerfs sensitifs), dans les fibres musculaires lisses de l'aréole et du mamelon (nerfs

moteurs), sur les vaisseaux (nerfs vaso-moteurs), sur les éléments propres de la glande (nerfs sécréteurs).

Les recherches de *Keiffer* de Bruxelles ont montré l'importance de ces derniers. Il existe, d'après cet auteur, de véritables plexus sympathiques le long des vaisseaux. Des filets issus de ces plexus prennent contact avec les cellules glandulaires. D'autres filets se dirigent vers la peau de l'auréole et du mamelon et s'y terminent en bouquet de fibrilles qui pénètrent entre les cellules épithéliales. Ces filets transmettraient aux centres cérébro-spinaux les excitations sensibles exercées par la succion sur le mamelon.

A ces excitations succéderaient des réponses vaso-motrices glandulaires et musculaires complétant ainsi le réflexe sécrétoire.

Sous leur influence, les vaisseaux se dilatant apportent à l'épithélium glandulaire des matériaux en abondance, ses cellules se gonflent, se divisent ; une partie reste toujours à la périphérie, les autres remplissent l'alvéole qui est bientôt bourré de cellules qui, elles-mêmes, se gonflent, aplatissant les cellules mères à la périphérie. Le protoplasma des cellules centrales se charge de gouttelettes graisseuses de plus en plus volumineuses, le noyau se divise à nouveau, les limites de la cellule disparaissent et la fonte de toutes ces cellules centrales forme le lait où on peut distinguer encore quelques noyaux colorables. Le lait s'écoule, l'alvéole s'affaisse, et le cycle de ces transformations recommence.

Keiffer termine cette étude de la lactation en disant :
« *Qu'on peut considérer le lait comme le résultat d'une*

prolifération cellulaire considérable de l'épithélium des acini glandulaires, d'un gonflement énorme de tous les éléments cellulaires aux dépens des liquides hématiques en circulation au moment de la lactation et d'une transformation sous l'influence spécifique du noyau de tout le protoplasma cellulaire ainsi enrichi.

« Au moment où le lait sort des glandes mammaires, il semble être, grâce à la présence de noyaux encore colorés, par conséquent encore en fonctions, non un produit de sécrétion mais un véritable tissu cellulaire vivant dont les limites élémentaires auraient disparu.

« En nous exprimant ainsi, nous ne cherchons pas à donner au lait une autre signification que celle d'un produit sécrété mais nous voulons indiquer que le lait au moment de son émission nous apparaît histologiquement et physiologiquement comme un produit cellulaire véritablement vivant ayant à ce moment comme toute substance chimique à l'état naissant son maximum de propriétés et de valeur totale. »

Quoi qu'il en soit de cette théorie de la sécrétion du lait, véritablement séduisante mais controversée, il est un fait que nous devons retenir des recherches de Keiffer, c'est l'importance du réflexe sécrétoire qui a pour point de départ unique la succion exercée par la bouche de l'enfant sur le mamelon maternel dont nous connaissons déjà l'importance cliniquement.

DURÉE DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE ON PEUT
ESPÉRER LA MONTÉE LAITEUSE TARDIVE ; DES MOYENS A
EMPLOYER POUR LA PROVOQUER.

Ce réflexe de la montée laiteuse correspondant à la succion du mamelon étant bien établi cliniquement et physiologiquement, voyons dans quelles conditions nous pouvons le mettre en œuvre.

Si l'accouchement remonte à peu de jours, il va sans dire que nous aurons d'autant plus de facilité à provoquer ce réflexe.

Les observations que nous rapportons montrent qu'on peut espérer le mettre en œuvre pendant les deux premiers mois qui suivent l'accouchement, même si la femme est primipare et n'a jamais donné le sein.

Si la femme a déjà allaité, les travaux de Quinsac nous apprennent que le retour de la sécrétion lactée peut s'effectuer après un intervalle de cinq mois et davantage.

Nous croyons cependant qu'au delà du septième mois de la vie de l'enfant il ne faut pas trop compter sur son établissement, car nous savons que tout au moins dans la classe ouvrière, la plupart des femmes n'ont plus à cette époque une quantité suffisante de lait pour nourrir à elles seules leur enfant.

Il est important pour arriver à un résultat appréciable de mettre fréquemment l'enfant au sein et voici comment nous avons opéré.

Succion

L'enfant recevait par jour huit tétées de lait stérilisé, mais avant de lui donner le biberon, on le mettait au sein. On le réveillait en le lavant à l'eau froide et en le changeant, puis la mère soit avec les doigts, soit avec une téterelle, faisait saillir le mamelon et l'introduisait dans la bouche de son enfant. Celui-ci se mettait à téter assez vigoureusement ; s'il s'arrêtait, une légère excitation de ses masséters le décidait à recommencer à faire des mouvements de succion.

On le mettait ainsi *avant chaque biberon* AUX DEUX SEINS ; lorsque cela nous a été possible, nous avons fait peser la quantité de lait prise et nous faisons compléter chaque tétée.

Dans un cas où les parents n'avaient pas de balance, nous nous étions contenté de peser dans notre cabinet une des tétées et nous basant un peu arbitrairement sur ce chiffre, nous avons fixé la quantité de lait à donner en plus. Ce procédé, bien que peu précis, ne nous a pas donné de mauvais résultats.

Il est une chose à recommander à la jeune mère, c'est de se mettre à l'abri des crevases et de l'infection des seins qui empêcheraient la continuation de l'allaitement.

Pour ce faire, nous avons recommandé aux mères de laver deux fois par jour leurs mamelons à l'eau bouillie et au savon et d'appliquer ensuite des petites compresses imbibées d'eau alcoolisée : de plus, avant et après chaque tétée, le mamelon était lavé à l'eau bouillie.

Ces précautions nous ont permis de conserver à l'épiderme si fragile du mamelon toute son intégrité, malgré les fatigues auxquelles il était soumis puisque chaque sein était tété huit fois par jour.

Alimentation

Est-il nécessaire d'alimenter ces femmes d'une façon particulière ? Nous ne le croyons pas et n'avons pas cherché à provoquer par ce moyen une sécrétion lactée plus abondante. Nous nous sommes borné à leur indiquer une nourriture hygiénique copieuse et avons cherché à éviter les fautes d'alimentation plutôt qu'à instituer un régime spécial.

Nos deux clientes prenaient le matin un petit déjeuner composé de pain trempé dans du lait aromatisé de café ou de chocolat ; à midi, un plat de viande, des légumes divers et du dessert (fromages, fruits cuits et confitures) ; à 4 heures, un goûter composé d'un œuf, d'un peu de pain et de lait ; le soir, des œufs ou un peu de viande, des farineux et un peu de dessert. Comme boisson, l'une ne buvait que du lait (M^{me} G. observ. VII), l'autre de la bière légère.

C'est là une alimentation évidemment un peu plus copieuse que l'alimentation habituelle, mais nous avons cru nécessaire d'augmenter légèrement la quantité de nourriture pour faire face à la dépense nouvelle que nous imposions à l'organisme.

Nous avons trouvé la justification de cette opinion

dans les recherches de *Forster* rapportées par *MM. Maygrier* et *Jeannin* dans le beau livre de *M. Bar*.

Forster donne en effet les chiffres suivants comme quantité d'aliments nécessaires à la femme adulte et à la nourrice :

	Femme adulte :	Nourrice :
Albumine	85 à 90 gr.	150 à 160 gr.
Graisse	40 gr.	100 gr.
Hydrates de carbone. .	320 à 350 gr.	400 gr.

Galactogènes

Nous n'avons employé aucun moyen galactogène, pas plus que n'en avaient employé nos devanciers.

Voyons cependant quels sont les moyens auxquels on aurait pu avoir recours en cas de difficultés.

La thérapeutique nous offre deux sortes d'excitants de la sécrétion lactée: les moyens physiques et physiologiques et les moyens médicamenteux.

I. — 1^o Moyens physiques

Le massage, l'électrisation, les cataplasmes chauds de feuilles de ricin, de mercuriale ou de pimprenelle ont une action incontestable pour favoriser la montée laiteuse.

Nos préférences iraient nettement au massage et à l'électricité qui sont théoriquement, d'après la structure même du sein, d'excellents moyens pour exciter la glande mammaire à sécréter.

MASSAGE. — Le massage a une action indiscutable sur la sécrétion lactée : la traite est un moyen qui procède et de la succion et du massage et les fermiers savent par expérience de tous les jours qu'il est nécessaire à entretenir la fonction chez les vaches laitières.

Burdach a remarqué que dans le trayage l'excitation uniforme de la glande mammaire semble augmenter la sécrétion ; c'est ainsi qu'une vache donne plus de lait si l'on presse les quatre pis à la fois, alors même que l'un d'eux ne fournit rien.

Dans une communication à l'Académie des Sciences, *Fayon*, en 1880, a signalé que les bergers des Pyrénées augmentent la sécrétion et le fonctionnement mammaire des brebis en soubattant, c'est-à-dire en massant énergiquement les mamelles à chaque traite.

David conseillait déjà au XVIII^e siècle les frictions douces des mamelles pour augmenter la sécrétion lactée. Deux auteurs russes ont appliqué le massage comme moyen galactogène. Le D^r *Mensing* a publié l'observation d'une femme atteinte d'agalactie à la suite d'infection mammaire à un précédent accouchement. Cette agalactie qui datait de dix-neuf ans était absolue et les seins étaient réduits au volume d'un demi citron ; par des ablutions froides et des frictions douces rayonnant du mamelon à la périphérie il rappela en seize séances la sécrétion lactée ; deux mois après le début du traitement les seins avaient repris leur volume normal.

Le D^r *Schultz* établit par le massage la sécrétion lactée qui tardait chez une secondipare : il pétrissait d'abord doucement les seins pendant une ou deux minu-

tes, puis employait les mêmes frictions centrifuges. En quelques jours, les seins durcirent, il y eut une véritable montée laiteuse et quelques gouttes jaillissaient après cinq jours de traitement. Celui-ci fut continué deux fois par jour pendant le premier mois, après quoi on le continua une fois par jour pendant une quinzaine bien que la sécrétion fut suffisamment abondante.

Empiriquement, bon nombre de nourrices massent légèrement leurs seins lorsqu'elles voient que leur sécrétion est un peu diminuée et ce massage ne doit pas être sans action bien qu'il ne soit nullement raisonné.

ÉLECTRICITÉ. — L'action de l'électricité sur les nerfs mammaires a été démontrée physiologiquement: *Ræhrig* par des sections et des électrisations pratiquées sur les chèvres a démontré l'existence de trois nerfs mammaires : l'un provoquant l'érection du mamelon (thélotisme), l'autre activant la sécrétion, le dernier la modérant. *Laffont* pratiquant des sections et des électrisations sur les nerfs mammaires des chiennes obtint des jets multiples et abondants de lait.

Le Dr *Aubert* de Mâcon est le premier qui se soit servi de l'électricité comme galactogène : une tertipare allaitait son dernier né depuis onze mois lorsqu'une pneumonie double fit tarir sa sécrétion lactée. Après guérison de cette maladie le Dr *Aubert* ramena le lait dans les seins en pratiquant la faradisation des deux seins pendant vingt minutes (ce qui causa quelques troubles généraux : nausées, céphalalgie), puis pendant dix minutes ; en cinq jours, la sécrétion était rétablie

normale et continua pendant deux mois et demi après la cessation du traitement.

Becquerel employa le même procédé chez une femme de 27 ans dont la sécrétion était tarie par troubles nerveux : en trois séances de quinze minutes, elle se rétablit. *Lardeur* obtient le même résultat en trois séances, *Fournier* en quatre séances chez une femme qui avait sevré son enfant depuis un mois ; d'autres cas en sont rapportés par *Tonselin*, *Althaus* en Allemagne, *Skinner* en Angleterre.

M^{me} *Grinieitch*, à qui nous empruntons ces renseignements, a expérimenté deux fois l'électricité concurrentement avec des galactogènes médicaux, et nous relevons dans son observation VII que la quantité de lait qui était de 16 grammes par tétée avec le galega monte à la suite de l'électrisation à 30 grammes par tétée.

La technique à employer est la suivante : se servir de courants faradiques, appliquer les tampons de chaque côté de la glande mammaire de façon à la comprimer légèrement, n'employer qu'un courant faible de façon à éviter les contractions musculaires et ne faire que des séances de dix minutes deux fois par jour. On obtient ainsi une excitation indolore et cependant intense de la masse glandulaire et des nerfs qu'elle contient ainsi qu'une augmentation sensible de la circulation.

Nous n'avons pas expérimenté cette méthode, mais elle nous paraît rationnelle et nous croyons qu'elle peut rendre des services certains, bien qu'elle n'ait été jusqu'à présent que peu employée.

2° Moyens physiologiques.

M. Bouchacourt a proposé d'utiliser la partie extra-embryonnaire de l'œuf comme galactogène. Il s'est basé pour cela sur l'universalité dans la série animale de l'instinct qui pousse les femelles d'animaux à manger leur arrière-faix. Il lui a paru logique de penser que la placentophagie avait un but bien déterminé de même que tous les autres instincts qui présentent ce caractère de besoin.

En comparant la rapidité de l'établissement de la lactation chez les petits animaux domestiques qui ont toute facilité pour ingérer leur délivre, avec la lenteur relative de la mise en branle de la même fonction chez les grandes femelles domestiques, telles que la vache et la jument que l'on prive presque toujours de l'ingestion de leur arrière-faix, il lui a semblé qu'il y avait lieu de se demander si l'ingestion placentaire n'était pas un excitant de la sécrétion mammaire.

D'autres faits cliniques plaident en faveur de cette hypothèse : c'est ainsi que la montée laiteuse plus ou moins prononcée qui suit la mort du fœtus *in utero*, surtout après le milieu de la grossesse, devient avec cette théorie d'une explication facile. Il considère en effet le placenta comme possédant une sécrétion spéciale dont les produits vont à la mère aussi bien qu'au fœtus ; après la mort de celui-ci, la mère seule en bénéficie, et de plus le placenta se résorbant plus ou moins rapidement (ce qui se traduit par la dégénérescence

granulo-graisseuse des villosités), tous les produits de cette résorption passent dans la circulation maternelle.

M. Nattan-Larrier a constaté de son côté la difficulté de l'élevage des jeunes cobayes, lorsqu'on avait privé la mère de toute ingestion placentaire et sa facilité au contraire lorsqu'on abandonnait à celle-ci au moins un tiers du placenta.

M. Iscovesco, dans sa communication au Congrès de Montpellier, en 1898, dit que l'ingestion du placenta lui a paru favoriser la sécrétion lactée.

M. Bouchacourt fit préparer une poudre composée de placenta de brebis haché aseptiquement et desséché dans le vide en présence du sucre de lait.

Cette poudre représentait trois fois son poids de placenta.

Il administra à douze femmes des doses de 5, 10 ou 20 grammes de cette poudre (chorionine), entre autres à deux femmes accouchées depuis six mois dont nous reproduisons les observations succinctes.

La nommée Alph. L..., primipare accouchée le 10 août chez une sage-femme de la ville, met son enfant en nourrice sans l'avoir mis une seule fois au sein.

Le 5 février, c'est-à-dire six mois après l'accouchement, alors que les seins sont tout à fait atrophiés, plats, rosés et à mamelons ombiliqués, nous essayons de ramener la sécrétion lactée chez cette femme.

Sous l'influence de 5 grammes par jour de chorionine continuée pendant dix-neuf jours, il se produit à plusieurs reprises

des picotements dans les seins, mais la sécrétion lactée ne réapparaît pas.

Il est vrai qu'à aucun moment nous n'avons pu faire pratiquer par l'enfant des mouvements de succion sur ses mamelons ombiliqués.

La femme Z..., accouchée depuis six mois, a les seins aplatis, sans tissu glandulaire, l'expression des mamelons fait sourdre quelques gouttes de lait clair. Elle n'a jamais essayé de nourrir son enfant.

Nous donnons à cette femme pendant vingt et un jours 10 grammes par jour de chorionine; la quantité de lait fournie par les seins augmente un peu, puis reste stationnaire, en quantité tout à fait insuffisante, ne dépassant pas 60 grammes par jour.

Dans ce cas encore, l'excitation locale a été presque nulle.

M. Bouchacourt conclut lui-même que la placentophagie favorise la montée laiteuse, mais qu'elle est incapable de la produire sérieusement seule.

L'excitation locale, produite par la succion énergique de l'enfant sur le mamelon, reste le facteur principal de la sécrétion mammaire et rien ne saurait la remplacer d'une façon durable.

III. — Moyens médicamenteux.

Beaucoup de médicaments ont été proposés pour favoriser la sécrétion mammaire : leur nombre prouve que peu sont efficaces : la bourrache, la laitue, le seneçon,

la sauge, l'ortie, le galega, l'anis, le fenouil, l'extrait de graines de cotonnier.

Ces derniers semblent, d'après les auteurs qui les ont spécialement étudiés pendant ces dernières années, donner une augmentation passagère de la sécrétion lactée; cependant il ne faut pas s'illusionner sur leur valeur et attacher à leur emploi une importance que la réalité démentirait.

En résumé, il est possible de provoquer la sécrétion mammaire chez des femmes n'ayant jamais allaité et nous croyons que c'est là la thérapeutique la plus efficace qu'on puisse instituer pour lutter contre la gastro-entérite infantile.

Si l'enfant n'a pas plus de deux mois, il sera toujours, croyons-nous, facile de faire allaiter l'enfant par sa mère. Par ce moyen, le médecin évitera les nombreux dangers de l'allaitement artificiel, et donnera ainsi à l'enfant des chances de survie bien plus considérables que celles représentées par l'allaitement artificiel même dirigé, car celui-ci n'est pas sans inconvénients chez un enfant dont le tube digestif a déjà été fortement touché; de plus, un régime qui semble approprié et toléré par un enfant peut sans grandes causes appréciables être rapidement dangereux pour ce même enfant.

Que le médecin affirme avec confiance à ses clients

que l'allaitement au sein est possible, qu'il gagne leur bonne volonté ; il faut en effet que la mère soit persuadée du résultat de ses efforts qui doivent être persévérants et patients. Qu'il s'aide des moyens que nous avons indiqués, qui ne doivent cependant être dans son esprit que des moyens du second ordre, propres plutôt à encourager la mère dans ses efforts.

Le succès viendra le plus souvent les couronner et le médecin, non content d'avoir guéri, aura agi sagement en prévenant pour l'avenir le retour de la maladie, et s'il n'applique pas le premier terme de la vieille formule : *cito, tuto et jucundo*, les deux derniers seront réalisés et il aura la conscience d'avoir agi au mieux des intérêts de tous en prévenant la gastro-entérite.



CONCLUSIONS

Dans les cas de gastro-entérite chez les enfants allaités artificiellement depuis leur naissance, le moyen le plus énergique de la combattre est de mettre l'enfant au sein de sa mère et de chercher à établir tardivement la sécrétion lactée.

On peut faire apparaître assez facilement la sécrétion lactée chez les mères n'ayant jamais allaité, même alors qu'il s'est écoulé un certain temps, deux mois au maximum, depuis leur accouchement.

Souvent environ quinze jours suffisent pour que le lait soit en quantité suffisante aux besoins de l'enfant.

Le moyen le plus efficace pour rappeler cette sécrétion lactée est la succion sur le mamelon soit par l'enfant lui-même, soit au début par un autre enfant plus fort.

Comme adjuvants de cet établissement de la sécré-

tion lactée, nous croyons que l'on doit s'adresser surtout aux adjuvants physiques et physiologiques : suc placentaire, massage, électricité.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — *Union médicale*, 1855.
- BALESTRE ET GILLET DE SAINT-JOSEPH (de Nice). — Mortalité de la première enfance de la population urbaine de la France de 1892 à 1897 (O. Doin, 1901).
- BECQUEREL. — *Gazette des hôpitaux* (1857).
- BOUCHACOURT. — De l'utilisation de la partie extra-embryonnaire de l'œuf (*Obstétrique*, mars et mai 1902).
- BOURIER. — Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme (*Thèse Paris*, 1901).
- BUDIN. — Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez les femmes. Etablissement tardif, abondance et rétablissement de la sécrétion lactée (*Obstétrique*, 1900).
- BUDIN. — Le Nourrisson (Doin, 1900).
- CAPRON (E.). — Des anomalies de la sécrétion mammaire non puerpérale (*Thèse Paris*, 1881).
- DAVID. — Dissertation sur ce qu'il convient de faire pour augmenter le lait des femmes (1765).
- GRINIEWITCH. — De l'allaitement maternel considéré surtout au point de vue des galactologues (*Thèse Paris*, 1892).
- KEIFFER. — Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle (*Obstétrique*, 1901, n° 5).
- LAGNEAU. — Observation qui démontre la possibilité de rappeler la sécrétion lactée plus d'un mois après l'accouche-

ment et qu'elle peut encore être assez abondante pour faire avec succès l'allaitement (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, XXXI, Paris, 1814).

MAYGRIER ET JEANNIN. — Le nouveau-né, 5^e partie du tome I de « *La Pratique de l'art des accouchements* », publié sous la direction de MM. Bar, Brindeau, Chambrelent (Paris, 1907).

MENSING. — *Wratch*, tome XI, mars 1890.

PERRET. — Etablissement tardif de la sécrétion lactée (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1900).

SCHULTZ. — *Wratch*, tome XI, nov. 1890.

